

**Financing Model (System Reward) Sebagai Upaya  
Peningkatan Pemanfaatan Tenaga Bidan Dalam  
Pemeriksaan Kehamilan  
dan Pertolongan Persalinan  
(Tahap II : Pelaksanaan Intervensi Model)**

oleh :

Sarwanto, Cholis Bachroen, Hari Basuki, Soemartono, Wasis Budiarto,  
Agus Suwandono

**Abstract:***The financing models as an intervention for provision of pregnant and delivery services has been implemented in Lumajang and Situbondo districts, each in three sub districts. Those models were Tabulin (Delivery Saving) and referral Fund for High Risk Pregnant Women. Traditional Birth Attendance (TBA) Empowerment, Dasabu (Maternal Health Services Fund) and DKM (Self Health Fund). The objectives of financing intervention models were: 1) to study the impact of model toward midwife's delivery coverage, 2) to study the impact of models toward TBA's and midwife's partnership, and 3) to study the enabling and obstacle factors influencing its implementation. Quasy experimental design without control group were used in the study during 6 monthths intervention.*

*Research findings haveshown that the implementation of Delivery Saving model and TBA Empowerment model tend to inrease the midwife's delivery coverage significantly. On the other hand, the implementation of both Maternal Health Services Fund and Self Health Fund model have not shown the coverage increase significantly.*

*TBA and Midwives partnership in Tekung Sub District showed a significant increases in the provsion of delivery services, but it doesn't in Gucialit, Panji, Arjasa and Jatibanteng. While Candipuro subdistric most of the pregnant women prefer to have adelivery assistance from midwives.*

*The existing Buffer Stock in implementation of the models has encourage and motivate the Village staffs to participate in the implementation process. Moreover it increases willingness of the village midwives to cooperate although they receive lowdelivery cost.*

***One of the major obstacle in the models implementation is the difficulty in fund collection due to the monetary crisis. Moreover, Social Protection Sector Development Program on Health – gives free services for pregnant woment among the pre prosperous and stage one prosperous family – distorted the implementation of the models intervention.***

## 1. PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Angka kematian ibu (AKI) di Indonesia masih sangat tinggi yaitu 384 per 100.000 kelahiran hidup (SKRT, 1995). Ini berarti di Indonesia sekitar 19.200 ibu meninggal pada saat hamil, melahirkan, dan nifas setiap tahun (Ali Ghufroon Mukti, dkk, 1996). Upaya yang intensif untuk menurunkan angka kematian ini sudah banyak dilakukan, tetapi sampai sekarang masih belum berhasil seperti yang diharapkan.

Penyebab kematian ibu dan bayi sebenarnya dapat dicegah melalui pemeriksaan kehamilan sedini mungkin, namun kesadaran ibu-ibu hamil belum sepenuhnya dapat diharapkan. Di desa-desa masih banyak ibu hamil yang memilih dukun untuk menolong persalinan karena dukun lebih dekat, lebih akrab, dapat merawat lebih lama (sampai 35 hari setelah melahirkan), dan berperan sebagai penasihat dalam melaksanakan berbagai tata upacara selamatan. Ibu-ibu hamil ragu menemui bidan di desa, karena belum pernah mencoba, di samping ada rasa khawatir dalam pembiayaannya. Ibu hamil yang datang ke bidan di desa baru 42,97% dan selebihnya ke dukun

(Dinkes Dati I Propinsi Jawa Timur, 1996)

Kejadian kematian ibu juga dilatarbelakangi oleh keterlambatan men-capai sarana pelayanan kesehatan, yaitu sulitnya geografi dan keterlambatan dalam merujuk (Sarimawar Djaja, 1996).

Keterlambatan ini di sebabkan karena pihak keluarga harus merundingkan dahulu siapa yang harus bertanggung jawab dalam pembiayaannya mengingat tidak adanya uang cash di sakunya. Sebagian besar dari mereka tidak merujuk karena kesulitan dalam pembiayaan.

Situasi di atas telah menjadi perhatian yang mendalam bagi pemerintah dan tampaknya untuk menekan AKI diperlukan kerja keras. Sasaran yang hendak dicapai adalah 115 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2003. Upaya untuk menembus masalah ini perlu dimulai adanya suatu intervensi yang dapat menjamin terdapatnya pemerataan pelayanan kesehatan yang ditujukan kepada kelompok ibu di masyarakat. Salah satu terobosan yang mendasar adalah diterapkannya Financing Model (System Reward) Sebagai Upaya Peningkatan Pemanfaatan Tenaga Bidan Dalam Pemeriksaan Kehamilan dan Pertolongan Persalinan, dengan prinsip

penggalan dana dari masyarakat / iuran yang sifatnya gotong royong.

Model pembiayaan tersebut adalah Tabungan Ibu Bersalin (Tabulin), Dana Sayang Ibu (Dasabu), Pemberdayaan Dukun, dan Dana Kesehatan Mandiri (DKM). Pada model tersebut ibu hamil dan keluarganya tidak harus menanggung seluruh pembiayaan dalam proses rujukan dan pembiayaan persalinan ke bidan. Dalam operasionalnya model pembiayaan ini merupakan lembaga di wilayah Puskesmas yang mengelola uang dan dalam hal ini ingin dikaji sampai di mana pola pemberdayaan oleh masyarakat khususnya ibu hamil dan ibu bersalin di wilayah tersebut.

## 1.2 Tujuan Penelitian

Secara umum penelitian ini bertujuan melaksanakan intervensi model pembiayaan untuk ibu hamil dan ibu bersalin sebagai upaya peningkatan pemanfaatan tenaga bidan dalam pemeriksaan kehamilan dan pertolongan persalinan.

Khususnya penelitian ini ditujukan untuk :

- a. Mengkaji dampak pelaksanaan model pembiayaan terhadap peningkatan cakupan pemeriksaan kehamilan dan

pertolongan persalinan oleh bidan.

- b. Mengkaji dampak pelaksanaan model pembiayaan persalinan terhadap keterpaduan bidan dan dukun bayi
- c. Mengkaji factor pendorong dan penghambat pelaksanaan model pembiayaan ibu hamil dan ibu bersalin.

## 1.3 Metode Penelitian

Rancang bangun penelitian ini adalah quasi experimental, dilakukan di kabupaten Lumajang dan Situbondo masing-masing pada 3 wilayah Puskesmas dan setiap Puskesmas meliputi 5 desa. Subyek penelitiannya adalah ibu hamil, pasangan usia subur (PUS), pelaksana pelayanan kesehatan / PPK (bidan Puskesmas, bidan di desa, dukun bayi), dan pengelola (Kepala Dinas Kesehatan Dati II, Kepala Seksi KIA, Kepala Puskesmas, Badan Pelaksana / Bapel).

Pada setiap kecamatan diambil 80 ibu hamil ( $\geq 3$  bulan) dengan lama intervensi model 6 bulan, tetapi dalam kenyataannya selama 6 bulan intervensi tersebut tidak dapat ditemukan sejumlah 80 orang ibu hamil, dan sebagai kelengkapannya diambil PUS yang mempunyai peluang untuk hamil.

Pengambilan sampelnya dilakukan secara random. Pengumpulan data dilakukan dengan wawancara, di samping itu juga dilakukan pengumpulan data sekunder sebelum diterapkannya intervensi model pembiayaan. Analisis datanya meliputi : 1) Deskripsi permasalahan yang timbul dalam pelaksanaan intervensi model, dan 2) Komparasi cakupan pertolongan persalinan oleh bidan sebelum dan sesudah intervensi.

### **Definisi Operasional**

Dengan Financing Model (System Reward) dalam penelitian ini dimaksudkan suatu prosedur / tatacara pengelolaan pembiayaan ibu hamil dan ibu bersalin dengan model penggalan dana dari masyarakat atas dasar gotong royong, yang juga dibantu dengan buffer stock (dana penyangga).

Prosedur tersebut meliputi :

- 1) Pengumpulan dana (dengan cara iuran, donatur, penambahan rekening PBB / Listrik / PDAM, sponsor, dana pranikah, pinjaman dana penyangga).
- 2) Penggunaan / distribusi dana (untuk jasa medis, pembelian alat-alat habis pakai, bantuan transport rujukan, bantuan persalinan di nakes / tenaga kesehatan, bantuan

persalinan patologi di RSUD, insentif pengumpul dana).

## **2 Hasil Penelitian**

### **2.1. Prinsip dasar penyelenggaraan.**

Penyelenggaraan model pembiayaan ibu hamil dan ibu bersalin ini dikoordinir oleh Badan Pelaksana (Bapel) di Dati II yang sebagian besar terdiri dari perangkat kesehatan. Dalam Bapel ini terdapat PPD (Pengumpul dan Pengelola Dana) yang menerima dana dari masyarakat / peserta lewat Dinkes Dati II untuk penyelenggaraan pelayanan kesehatan. Dalam kenyataannya model pembiayaan ibu hamil dan ibu bersalin di kabupaten Situbondo dan Lumajang masih digunakan untuk pembiayaan pelayanan kesehatan umum tidak khusus untuk ibu hamil dan ibu bersalin saja, dengan ketentuan-ketentuan yang telah disepakati sebagai berikut :

1. Peserta
  - a). Masyarakat / keluarga di wilayah kabupaten Dati II Situbondo dan Lumajang, kecuali peserta ASKES dan pelanggan PDAM, b). Anggota kelompok arisan, kelompok pengajian), dan c) Santri di Pondok Pesantren (4 santri dianggap sama dengan 1 KK).

## Financing Model (System Reward) Tahap II (Sarwanto et al)

### 2. Mekanisme pendaftaran

Langsung pada sarana pelayanan kesehatan (Polindes, Pustu, Puskesmas) atau melalui TP PKK Desa / Kecamatan, kelompok, dan pimpinan pondok pesantren.

Kartu anggota dikeluarkan oleh Puskesmas dengan mengganti biaya pendaftaran sebesar Rp 5000,- untuk pelayanan kesehatan sekeluarga selama 1 tahun (khususnya di Situbondo). Untuk Lumajang membayar Rp 500,- begitu tercatat sebagai peserta.

### 3. Mekanisme Pengumpulan Dana

Dari masyarakat / TP.PKK / Kelompok / Pondok Pesantren diserahkan ke Puskesmas setempat sebesar 85 % yang 10 % untuk honorarium pengumpul dana, 5% untuk administrasi, dan setiap bulan menyetorkan ke Bapel melalui Dinas Kesehatan Dati II.

### 4. Mekanisme Pelayanan

Kartu peserta berlaku di semua unit pelayanan kesehatan dasar di seluruh wilayah Puskesmas yang menjadi daerah penelitian di Dati II terpilih.

### 5. Penggunaan dana

Dana yang diterima dari Bapel dibagikan kepada Puskesmas sebagai Pelaksana Pelayanan Kesehatan (PPK) dengan alokasi sebagai berikut :

a. 70 % digunakan untuk :

- penggantian retribusi / setor ke Pemda sesuai tarif pada Perda kabupaten Dati II Situbondo no. 13 tahun 1997 (di kabupaten Lumajang tidak diberlakukan ).

- jasa medis Puskesmas perawatan, jasa medis perawatan gigi, dan pembelian alat-alat habis pakai.

b. 30 % digunakan untuk :

- Bantuan persalinan di Nakes sebesar Rp 15.000 untuk persalinan I dan II di kabupaten Situbondo (ketentuan ini tidak berlaku di kabupaten Lumajang).

- Bantuan transport rujukan ke RSUD Dati II sebesar Rp 10.000,- sampai Rp 15.000,- (tergantung jauh dekatnya jarak tempat tinggal peserta ke RSUD).

- Bantuan persalinan patologi di RSUD sebesar maksimal Rp 100.000,-

Bila jumlah dana yang dikumpulkan Puskesmas dan disetor ke Bapel melalui Dinkes Dati II ini mengalami kerugian, akan ditanggung oleh Bapel karena Bapel juga menerima setoran dana dari peserta

- PDAM (Rp 500,- per bulan per KK) di mana hampir 60 % pesertanya tidak menggunakan fasilitas pelayanan Puskesmas.
6. Khusus untuk peserta rawat inap di Puskesmas Perawatan :
    - a. Bebas biaya perawatan dan obat selama 5 hari perawatan, tidak termasuk untuk biaya makan.
    - b. Obat tidak termasuk obat-obatan di luar obat Inpres.

## 2.2 Peserta dan Dana

Selama 6 (enam) bulan intervensi model pembiayaan (Juli s/d Desember 1998) didapatkan bahwa kepesertaan pada masing-masing kecamatan di 2 kabupaten terpilih seperti tercantum pada tabel berikut ini :

Tabel 1. Distribusi peserta model pembiayaan ibu hamil dan ibu bersalin menurut kecamatan di kabupaten Situbondo dan Lumajang (Juli – Desember) tahun 1998.

Peserta	Situbondo			Lumajang			Jumlah
	Panji	Jatibanteng	Arjasa	Tekung	Candipuro	Gucialit	
- Ibu hamil	65	54	45	71	57	26	318
- P U S	302	207	476	623	304	597	2509
- Klp Pengajian	27	287	160	-	-	9	483
- Klp Arisan	-	-	240	-	-	4	244
- Klp Posyandu	11	-	-	-	-	12	23
- Donatur	-	-	-	1	3	-	4
Jumlah	405	548	921	695	364	648	3581

Jumlah peserta yang telah bersalin ke tenaga kesehatan / nakes maupun dukun selama pelaksanaan intervensi di kecamatan Panji 34 orang, Jatibanteng 6 orang, Arjasa 12 orang, Tekung 63 orang, Candipuro 33 orang, dan Guccialit 12 orang.

Dana yang dikumpulkan peserta dari Buffer Stock /

Dana penyangga, iuran peserta, donatur, penjualan stiker, dan sebagainya serta dana yang digunakan untuk persalinan, rujukan, insentif pengelola, cetak kartu, cetak stiker, dan sebagainya masing-masing kecamatan dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

Tabel 2. Jumlah dana yang dikumpulkan dan dana yang digunakan peserta model pembiayaan ibu hamil dan ibu bersalin menurut kecamatan di kabupaten Situbondo dan Lumajang tahun 1998.

Uraian	Situbondo			Lumajang		
	Panji	Jatibanteng	Arjasa	Tekung	Candipuro	Gucialit
Dana yang dikumpulkan	2.717.850	3.335.000	2.845.250	5.591.850	3.392.500	3.485.500
Dana yang digunakan	510.500	435.000	717.000	3.179.000	1.233.000	676.000
Saldo yang ada	2.207.350	2.900.000	2.128.250	2.412.850	2.159.500	2.809.500

Dari saldo dana yang ada untuk masing-masing kecamatan menunjukkan bahwa upaya pengadaan Buffer Stock / Dana Penyangga sebesar Rp 2.000.000,- tiap kecamatan (meliputi 5 desa) masih belum digunakan, dalam arti kebutuhan untuk pelaksanaan in-tervensi model pembiayaan ini masih dapat diatasi oleh dana yang digali dari masyarakat peserta itu sendiri.

### 2.3 Tabulin dan Dana Siaga Rujukan Ibu Hamil Resiko Tinggi di Kecamatan Tekung Kabupaten Lumajang

Penggalangan dana untuk model ini dilakukan melalui 2 (dua) cara yaitu :

#### a) Tabungan ibu hamil

Tiap ibu hamil menabung Rp 200,- tiap hari dan tabungan ini diambil oleh kader / PKK atau diserahkan sendiri kepada bidan di desa waktu Posyandu dengan perkiraan akan terkumpul dana sebesar Rp 6.000,- setiap bulan. Pada usia kehamilan 3 bulan tercatat sebagai peserta, selama kehamilannya akan terkumpul dana untuk persalinan nantinya sebesar Rp 38.000,-

#### b) Dana Siaga untuk bumil resti / bulin dengan komplikasi

Cara penggalan dananya dilakukan dengan :

- 1) Iuran tiap KK yang memiliki PUS sebesar Rp 100,- / bulan.
- 2) Menyisihkan tabulin sebanyak Rp 5000,- / bumil



- 3) Donatur instansi / kelompok perorangan dan penjualan sticker "Sukseskan Gerakan Sayang Ibu".

PPK yang ditunjuk adalah bidan, dapat melibatkan dukun atau tanpa melibatkan dukun. Bila bidan dalam menolong persalinan tanpa melibatkan dukun, akan mendapatkan biaya persalinan dari pengelola sebesar Rp 30.000,-, tetapi bila melibatkan dukun, bidan akan mendapatkan Rp 25.000,- saja sedangkan yang Rp 5.000,- diberikan kepada dukun.

Pelayanan yang diberikan oleh PPK kepada bumil adalah ANC sebanyak 4 kali selama kehamilan dan persalinan normal.

Selain itu diberikan pelayanan rujukan RS bagi bumil resiko tinggi yang harus dirujuk. Dalam kasus ini, dana tabulin yang terkumpul dikembalikan Rp 35.000,- dan mendapatkan bantuan dana siaga Rp 15.000,- sehingga bumil yang dirujuk akan mendapatkan total dana sebesar Rp 50.000,- dari pengelola. Apabila dana tersebut tidak cukup untuk persalinan di RS rujukan, sisanya menjadi tanggungan bumil sendiri.

Untuk melihat dampak pelaksanaan model pembiayaan ibu hamil dan ibu bersalin dengan Tabulin di kecamatan Tekung ini (Juli – Desember 1998) terhadap persalinan oleh nakes maupun dukun, dapat dibandingkan dengan persalinan pada bulan yang sama tahun sebelumnya (Juli – Desember 1997) seperti pada tabel berikut ini.

**Tabel 3.** Distribusi persalinan oleh nakes dan dukun di kecamatan Tekung kabupaten Lumajang sebelum dan sesudah pelaksanaan intervensi model Tabulin (Juli - Desember 1997 dan Juli - Desember 1998).

Penolong	Tahun		Jumlah
	1997	1998	
Nakes	145 (90,1%)	156 (90,7%)	301 (90,4%)
Dukun	16 (9,9%)	16 (9,3%)	32 (9,6%)
Jumlah	161 (48,3%)	172 (51,7%)	333 (100%)

Pada tabel di atas kenaikan proporsi persalinan oleh nakes dan penurunan proporsi persalinan oleh dukun sebesar 0,6% merupakan perubahan yang tidak signifikan (dengan Chisquare Test didapatkan  $p = 0,84410$ ). Secara keseluruhan, ada kenaikan proporsi persalinan ke nakes tetapi hasil tersebut belum seperti yang diharapkan karena hanya 36,6% dari ibu hamil yang menjadi peserta model, sedangkan sebagian besar sisanya (63,4%) belum menjadi peserta.

Apabila dianalisis khusus pesertanya saja dan dibandingkan dengan saat sebelum intervensi, di kecamatan Tekung ini kenaikan proporsi persalinan oleh nakes sebesar 9,9% dan penurunan proporsi persalinan oleh dukun sebesar 9,9% merupakan perubahan yang signifikan (dengan Fisher Exact Test didapatkan  $p = 0,00714 < 0,05$ ). Sehingga dengan melihat hasil analisis untuk peserta

saja maka bila harapan semua ibu hamil nantinya dapat menjadi peserta Tabulin dapat terwujud, tampaknya ada kecenderungan persalinan akan mengarah ke nakes.

## 2.4 Pemberdayaan Dukun bayi di kecamatan Candipuro kabupaten Lumajang

Dilakukan dengan meminjamkan dana dari pihak pengelola di tingkat Kecamatan sebesar Rp 10.000,- kepada dukun bayi pada setiap Ibu hamil yang akan dirujuk ke bidan di desa/ di Puskesmas untuk pertolongan persalinannya. Di sini dukun cukup berperan aktif dalam mencari Ibu hamil guna mempercepat proses pelunasan pinjaman dana yang diterimanya. Modal awal yang

dipinjamkan oleh pengelola kepada dukun bayi sebagian berasal dari Buffer Stock (Dana Penyangga) dari Puslitbang Pelayanan Kesehatan di samping sponsor pihak-pihak tertentu dari kecamatan yang bersangkutan.

Pelayanan yang diberikan oleh PPK / Bidan kepada Ibu hamil yang terdaftar sebagai peserta rujukan oleh dukun ini adalah ANC 4 kali selama kehamilannya dan pertolongan persalinan normal. Ibu hamil juga diwajibkan menabung menurut kemampuannya dan setiap bulan disetorkan kepada pengelola untuk biaya persalinan nantinya. Biaya persalinan normal ke bidan disepakati bersama oleh pengelola, PPK dan peserta sebesar Rp 40.000,- dimana yang Rp 10.000,- sebagai persediaan

pinjaman kepada dukun lagi bila telah lunas, dan yang Rp 30.000,- untuk jasa pelayanan bidan.

Peserta yang terpaksa di rujuk ke RS diberikan santunan Rp 15.000,- sebagai transport, dana yang telah ditabung ke pengelola diserahkan, sedangkan biaya selebihnya menjadi tanggungan peserta.

Dampak pelaksanaan intervensi model Pemberdayaan Dukun di kecamatan Candipuro (Juli – Desember 1998) terhadap proporsi cakupan persalinan oleh nakes maupun dukun dapat dilihat dengan membandingkan proporsi cakupannya pada bulan yang sama tahun sebelumnya (Juli – Desember 1997) seperti pada tabel berikut ini.

Tabel 4. Distribusi persalinan oleh nakes dan dukun di kecamatan Candipuro kabupaten Lumajang sebelum dan sesudah pelaksanaan intervensi model Pemberdayaan Dukun (Juli – Desember 1997 dan Juli – Desember 1998).

Penolong	Tahun		Jumlah
	1997	1998	
Nakes	175 (63,9%)	198 (70%)	373 (67,0%)
Dukun	99 (36,1%)	85 (30%)	184 (33,0%)
Jumlah	274 (49,2%)	283 (50,8%)	557 (100%)

Kenaikan proporsi persalinan oleh nakes dan penurunan proporsi

persalinan oleh dukun sebesar 6,1% pada Juli – Desember 1998

tidak menunjukkan perubahan yang bermakna (dengan Chisquare Test didapatkan  $p = 0,12620$ ). Adanya kecenderungan persalinan ke nakes yang masih belum memenuhi harapan ini karena baru 11,6% ibu hamil yang menjadi peserta model. Analisis khusus pada pesertanya saja dibandingkan dengan sebelum intervensi, kenaikan proporsi persalinan oleh nakes dan penurunan proporsi persalinan oleh dukun sebesar 36,1% merupakan perubahan yang signifikan (dengan uji chisquare didapatkan  $p = 0,00003 < 0,05$ ). Dengan melihat hasil analisis ini bila harapan semua ibu hamil nantinya menjadi peserta model dapat terwujud, tampaknya akan terdapat peningkatan persalinan oleh nakes.

## **2.5 Dana Sayang Ibu (Dasabu) di kecamatan Gucialit kabupaten Lumajang**

Sifat kepesertaannya adalah **wajib bagi seluruh KK** yang ditarik sebesar Rp 2.000,- tiap KK per tahun bersama-sama pembayaran PBB. **Wajib bagi calon pengantin** yang ditarik sebesar Rp 10.000,- sekali saat akan menikah, dan **sukarela bagi ibu hamil** yang ditarik berupa tabungan yang besarnya tidak ditentukan. Pada awal operasionalnya Dasabu ini

didukung Buffer Stock (Dana Penyangga) yang sebagian berasal dari Puslitbang Pelayanan Kesehatan. Kepala Desa sebagai penanggung jawab pengumpulan dana tersebut harus memberikan laporan tertulis kepada Camat sebagai koordinator tingkat kecamatan, dan dana yang telah terkumpul disimpan di Bank.

Sebagai PPK ditunjuk Polindes dan Puskesmas dengan jenis pelayanan yang diberikan adalah ANC, pertolongan persalinan, dan perawatan post natal. Kebijakan tarif yang ditempuh yaitu : a) Untuk persalinan normal dikenakan biaya kepada peserta Rp 35.000,- b) Untuk kasus rujukan, peserta mendapat bantuan Rp 30.000,- dan selebihnya menjadi tanggungan peserta. Bila diperlukan, peserta dapat meminjam uang kas maksimal Rp 100.000,- dan harus dilunasi sesuai dengan perjanjian yang ditentukan. Supervisi dilakukan dari tingkat kecamatan setiap 3 bulan, khususnya terhadap kinerja bidan di desa dan administrasi kegiatan serta hambatan yang mungkin ditemui.

Pengajuan klaim pencairan dana pelayanan persalinan dari PPK ke pengelola disertai surat bukti persalinan yang ditanda tangani ibu yang bersalin dan bidan yang menolongnya dengan diketahui Puskesmas, diserahkan ke Bank untuk dibayar. Untuk pengawasan dana yang

dikumpulkan dan disetorkan Kepala Desa ke pengelola, pengelola ini memberikan laporan ke Kepala Desa maupun Camat, begitu pula Kepala Desa memberikan laporan ke Camat, sehingga Camat dapat melakukan cross checking.

Di kecamatan Gucialit perubahan cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan (bidan) sebelum dan sesudah intervensi model Dasabu dapat kita lihat pada tabel berikut :

Tabel 5. Distribusi persalinan oleh nakes dan dukun di kecamatan Gucialit kabupaten Lumajang sebelum dan sesudah pelaksanaan intervensi model Dasabu (Juli – Desember 1997 dan Juli – Desember 1998).

Penolong	Tahun		Jumlah
	1997	1998	
Nakes	52 (83,9%)	49 (79,0%)	101 (81,5%)
Dukun	10 (16,1%)	13 (21,0%)	23 (18,5%)
Jumlah	62 (50,0%)	62 (50,0%)	124 (100,0%)

Penurunan proporsi persalinan oleh nakes dan kenaikan proporsi persalinan oleh dukun sebesar 4,9% dengan adanya model Dasabu ini tidak signifikan (dengan Chisquare Test didapatkan  $p = 0,48824$ ). Dari semua ibu bersalin tahun 1998, hanya 19,3% saja yang menjadi peserta Dasabu.

Bila dianalisis khusus pada pesertanya saja kenaikan proporsi persalinan oleh nakes dan penurunan proporsi persalinan oleh dukun sebesar 16,1% tidak signifikan (dengan Fisher Exact

Test didapatkan  $p = 0,19991 > 0,05$ ). Dengan demikian hasil pelaksanaan Dasabu belum memberikan perubahan yang bermakna dalam hal pertolongan persalinan oleh nakes, walaupun ada kecenderungan persalinan akan bergeser ke nakes nantinya bila harapan semua ibu hamil sudah menjadi peserta Dasabu dapat terwujud.

## **2.6 Dana Kesehatan Mandiri (DKM) di kecamatan Arjasa, Panji, dan Jatibanteng kabupaten Situbondo**

Model ini sifatnya sukarela bagi seluruh masyarakat. Pesertanya adalah pengunjung sarana kesehatan (Puskesmas, Pustu, Polindes, dan Posyandu) yang memiliki kartu dana kesehatan mandiri, yaitu kartu langganan berobat sekeluarga yang berlaku satu tahun dengan penggantian biaya Rp 5.000,- per kartu per KK. Dana dikelola Puskesmas dan sebagai penanggung jawab adalah Kepala Puskesmas, dan dana disimpan di Bank terdekat.

Distribusi/ rincian penggunaan dananya sebagai berikut : 1) 10% untuk pengumpul dana, 2) 5% untuk administrasi,

dan 3) 85% lainnya untuk : a) Penggantian restribusi sejumlah anggota keluarga yang diperiksa b) Dana bantuan persalinan sebesar 15.000,- per orang yang diklaim oleh bidan penolong dengan diketahui Kepala Puskesmas dan dilampiri keterangan persalinan, c) Dana bantuan rujukan ibu hamil, bersalin, atau nifas yang dirujuk ke RS/ Puskesmas Perawatan, dilampiri surat rujukan.

Peserta dapat memanfaatkan tempat pelayanan kesehatan dengan menunjukkan kartu anggota DKM di Puskesmas, Pustu, dan Polindes. Jenis pelayanan yang diberikan adalah pelayanan kesehatan dasar, pelayanan kehamilan, persalinan, rujukan, dan perawatan post natal.

Persalinan oleh nakes maupun dukun pada ketiga kecamatan di Situbondo ini dapat dilihat pada tabel-tabel di bawah ini

Tabel 6. Distribusi persalinan oleh nakes dan dukun di kecamatan Arjasa kabupaten Situbondo sebelum dan sesudah intervensi model DKM (Juli – Desember 1997 dan Juli – Desember 1998).

Penolong	Tahun		Jumlah
	1997	1998	
Nakes	175 (85,8%)	84 (77,8%)	259 (83,0%)
Dukun	29 (14,2%)	24 (22,2%)	53 (17,0%)
Jumlah	204 (65,4%)	108 (34,6%)	312 (100,0%)

Penurunan proporsi persalinan oleh nakes dan kenaikan proporsi persalinan oleh dukun sebesar 8% dengan diintervensikannya model DKM di kecamatan Arjasa tidak signifikan (dengan Chi-square Test didapatkan  $p = 0,07318$ ). Tampak ada kecenderungan persalinan mengarah ke dukun karena di kecamatan ini baru 11,1% ibu hamil yang menjadi peserta DKM.

Analisis pada pesertanya saja menunjukkan bahwa kenaikan proporsi persalinan oleh nakes sebesar 5,9% dan penurunan

proporsi persalinan oleh dukun sebesar 5,9% masing-masing pada tahun 1997 dan 1998 tidak signifikan (dengan Fisher Exact Test didapatkan  $p = 1,00000$ ). Dengan masih adanya peserta DKM yang mendapat pertolongan persalinan oleh dukun, pelaksanaan model ini belum memberikan perubahan yang bermakna sekalipun ada kecenderungan pola persalinan akan bergeser ke nakes bila harapan semua ibu hamil sudah menjadi peserta dapat terwujud. Sedangkan di kecamatan Panji keadaan persalinannya dapat dilihat pada tabel berikut ini.

## Financing Model (System Reward) Tahap II (Sarwanto et al)

Tabel 7. Distribusi persalinan oleh nakes dan dukun di kecamatan Panji kabupaten Situbondo sebelum dan sesudah intervensi model DKM (Juli – Desember 1997 dan Juli – Desember 1998).

Penolong	Tahun		Jumlah
	1997	1998	
Nakes	109 (90,1%)	33 (97,1%)	142 (91,6%)
Dukun	12 (9,9%)	1 (2,9%)	13 (8,4%)
Jumlah	121 (78,1%)	34 (21,9%)	155 (100%)

Dalam tabel tersebut didapatkan bahwa kenaikan dan penurunan proporsi sebesar 7% oleh nakes maupun dukun tidak signifikan (dengan Fisher Exact Test didapatkan  $p = 0,30003$ ). Hasil tersebut menunjukkan bahwa intervensi pelaksanaan model DKM di kecamatan Panji masih belum berhasil merubah proporsi persalinan oleh tenaga penolongnya secara bermakna. Bila dianalisis pada pesertanya saja kenaikan proporsi persalinan oleh nakes dan penurunan proporsi

persalinan oleh dukun sebesar 9,9% dengan adanya model DKM di kecamatan Panji ini signifikan (dengan Fisher Exact Test didapatkan  $p = 0,0488$ ). Dengan demikian bila harapan semua ibu hamil menjadi peserta DKM dapat terwujud, maka pertolongan persalinan akan cenderung bergeser ke nakes.

Distribusi persalinan seluruhnya di kecamatan Jatibanteng dapat dilihat pada tabel berikut ini :



Tabel 8. Distribusi persalinan oleh nakes dan dukun di kecamatan Jatibanteng kabupaten Situbondo sebelum dan sesudah intervensi model DKM (Juli – Desember 1997 dan Juli – Desember 1998).

Penolong	Tahun		Jumlah
	1997	1998	
Nakes	90 (83,3%)	51 (72,9%)	141 (79,2%)
Dukun	18 (16,7%)	19 (27,1%)	37 (20,8%)
Jumlah	108 (60,7%)	70 (39,3%)	178 (100%)

Dalam tabel di atas penurunan proporsi persalinan oleh nakes dan kenaikan proporsi persalinan oleh dukun sebesar 10,4% selama intervensi model tidak signifikan (dengan Chisquare Test didapatkan  $p = 0,09247$ ) karena baru 8,5% ibu hamil yang menjadi peserta.

Bila dianalisis khusus peserta saja dibandingkan dengan sebelum intervensi, di sini pun kenaikan proporsi persalinan oleh nakes maupun penurunan proporsi persalinan oleh dukun sebesar 16,7% tidak signifikan (dengan Fisher Exact Test didapatkan  $p = 0,58745$ ). Intervensi pelaksanaan DKM di Jatibanteng juga masih belum berhasil, namun bila harapan semua ibu hamil di kecamatan ini dapat menjadi peserta DKM, tampaknya ada kecenderungan persalinan akan mengarah ke Tenaga Kesehatan.

## 2.7 Persalinan dengan pendampingan

Sebelum model pembiayaan ibu hamil dan ibu bersalin ini diterapkan pada 6 kecamatan daerah penelitian, secara keseluruhan proporsi persalinan dengan pendampingan rata-rata mencapai 14,6% sedangkan sesudah pelaksanaan intervensi model, persalinan dengan pendampingan tersebut rata-rata mencapai 15,25% tetapi perbedaan tersebut tidak bermakna ( $p = 0,838$ ).

Bila dilihat dari penolongnya, proporsi persalinan yang ditolong oleh bidan dan yang ditolong dengan cara pendampingan (dukun dan bidan) sebelum dan sesudah

intervensi pada masing-masing kecamatan sebagai berikut :

1. Di kecamatan Tekung penurunan proporsi persalinan oleh bidan dan peningkatan proporsi persalinan dengan pendampingan sebesar 13,3% merupakan perubahan yang bermakna ( $p = 0,00016$ ). Jadi keterpaduan dukun dan bidan lebih meningkat dengan pelaksanaan model Tabulin di wilayah ini, yaitu ada kecenderungan masyarakat untuk bersalin dengan cara pendampingan daripada ke bidan.
2. Di kecamatan Candipuro kenaikan proporsi persalinan oleh bidan dan penurunan proporsi persalinan dengan pendampingan sebesar 13,7% merupakan perubahan yang bermakna juga ( $p = 0,00195$ ). Ini berarti bahwa keterpaduan dukun dan bidan menurun dan dengan adanya model Pemberdayaan dukun di wilayah ini masyarakat cenderung memilih ke bidan dalam pertolongan persalinannya.
3. Di kecamatan Gucialit peningkatan proporsi persalinan dengan pendampingan dan penurunan proporsi persalinan oleh bidan sebesar 2,7% tidak bermakna ( $p = 0,78476$ ), sehingga dengan adanya model Dasabu di wilayah ini keterpaduan

dukun dan bidan masih perlu ditingkatkan lagi untuk masa-masa yang akan datang.

4. Di kecamatan Panji proporsi persalinan dengan pendampingan menurun dan proporsi persalinan yang ditolong oleh bidan meningkat hanya 0,9%, dan hal tersebut merupakan perubahan yang juga tidak bermakna ( $p = 1,00000$ ).
5. Di kecamatan Arjasa keterpaduan dukun dan bidan meningkat bila dilihat dari proporsi persalinan yang ditolong dengan cara pendampingan, tetapi proporsi pertolongan persalinan oleh bidan menurun 8,7%. Perubahan proporsi persalinan sebesar 8,7% di wilayah ini juga tidak bermakna ( $p = 0,13209$ ).
6. Hal yang sama peningkatan proporsi persalinan oleh bidan dan penurunan proporsi persalinan dengan pendampingan sebesar 6,1% di Jatibanteng juga tidak bermakna ( $p = 0,32766$ ). Di wilayah ini keterpaduan dukun dan bidan cenderung menurun dan minat masyarakat untuk minta pertolongan persalinan lebih mengarah ke bidan.

### 3 Faktor Pendorong dan Penghambat Pelaksanaan Intervensi Model

a) Faktor-faktor yang mendorong pelaksanaan intervensi model :

1. Pemberian dana penyangga memberikan motivasi aparat pemerintah dan pihak terkait di tingkat desa dalam melaksanakan intervensi model di wilayahnya.
2. Model yang disepakati untuk dilakukan di wilayah kecamatan dengan modifikasi model yang sudah ada tetap berprinsip pada penggalian dana dari masyarakat.
3. Bidan di desa mau bekerjasama meskipun dengan biaya persalinan yang rendah.

b) Faktor-faktor yang menghambat pelaksanaan intervensi model:

1. Penggantian Kepala Desa sehubungan dengan masa jabatannya mengakibatkan diulangnya proses sosialisasi model ini.
2. Dukungan lintas sektor terkait masih perlu ditingkatkan, khususnya dalam proses sosialisasi model pembiayaan yang

dilaksanakan di wilayahnya masing-masing.

3. Krisis yang berkepanjangan sangat berpengaruh terhadap kegiatan pengumpulan dana dari masyarakat yang masih memprioritaskan kebutuhan pokok sehari-hari, di samping itu pengumpul dananya memerlukan honorarium.
4. Dengan dilaksanakannya program JPS-BK akan menurunkan minat masyarakat untuk menjadi peserta program pembiayaan ibu hamil dan ibu bersalin dengan prinsip penggalian dana dari masyarakat.
5. Pelayanan kesehatan yang dilaksanakan dengan model pembiayaan dengan penggalian dana dari masyarakat untuk masing-masing daerah ujicoba masih bersifat umum.

### 4 Diskusi dan Pembahasan

Masalah penting dalam pembiayaan ibu hamil dan ibu bersalin ini adalah terkumpulnya dana. Agar kontinuitas pengumpulan dana ini dapat terwujud, upaya yang dapat dilakukan antara lain melalui kelompok arisan, pengajian,

Posyandu / penimbangan, dsb di mana peserta akan lebih menyadari untuk mengumpulkan dana demi kepentingan bersama. Alternatif lain adalah lewat kewajiban kepada pemerintah misalnya saat pembayaran PBB, listrik, PDAM, dan sebagainya, di samping motivasi. peningkatan partisipasi masyarakat itu sendiri.

Pola pelayanan yang umum (multiple services) biasanya akan menimbulkan penggunaan hak peserta yang berlebihan dan cenderung memilih fasilitas pelayanan kesehatan yang mahal, sehingga menimbulkan defisit anggaran yang pada akhirnya akan menurunkan mutu pelayanan (IGM Brata Ranuh, 1986). Oleh karena itu dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan ibu hamil dan ibu bersalin, jika menginginkan terjaminnya kontinuitas pengumpulan dananya, maka harus menekan pembiayaannya serendah mungkin tanpa mengurangi kualitas pelayanannya kepada peserta .

Pemasyarakatan model yang telah dikembangkan dan disepakati untuk dilaksanakan (dengan menyesuaikan model yang sudah ada di daerah), perlu didukung dengan kebijakan pemerintah setempat, misalnya dengan diterbitkannya Surat Keputusan / Peraturan Daerah, donatur, sponsor, dsb. Selama 6 bulan intervensi model Tabulin di kecamatan Tekung, dari 36,6% ibu hamil yang

menjadi peserta model tampaknya ada kecenderungan perubahan proporsi persalinan oleh tenaga penolongnya yang mengarah ke tenaga kesehatan. Demikian juga dengan model Pemberdayaan Dukun yang diintervensikan di Candipuro. Hal tersebut akan menjadi semakin mantap lagi apabila harapan seluruh ibu hamil menjadi peserta model dapat terwujud.

Masih sedikitnya ibu hamil yang menjadi peserta model perlu dievaluasi lebih lanjut dimana letak permasalahannya apakah dalam hal sosialisai model-model tersebut ataukah ada hal-hal lain yang menjadi penghambat dalam pelaksanaannya. Demikian pula dengan masih adanya peserta model yang mendapatkan pertolongan persalinan oleh dukun, perlu dievaluasi sebab-sebabnya. Hal ini berguna untuk perbaikan atau penyempurnaan model agar pelaksanaannya dapat sesuai seperti yang diharapkan. Pada pelaksanaan model yang diintervensikan di 6 wilayah kecamatan, sekalipun baru mencapai 35,5% pasangan usia subur (PUS) yang menjadi peserta, hasil tersebut cukup memberikan indikasi bahwa model juga dapat diterapkan pada ibu-ibu yang belum hamil, sehingga harapan keberhasilan pelaksanaan model pembiayaan ibu hamil dan bersalin ini akan lebih besar.

Dengan terjadinya krisis moneter di Indonesia dikhawatirkan akan menimbulkan dampak buruk terhadap status kesehatan terutama bagi keluarga miskin. Oleh karena itu pemerintah melalui Program Jaring Pengaman Sosial Bidang Kesehatan (JPS-BK) membantu keluarga miskin agar kesehatannya tetap terpelihara (Depkes RI, 1998/1999). Salah satu tujuan khususnya adalah memberikan pelayanan kebidanan dan pelayanan rujukan kebidanan bebas biaya bagi ibu hamil, ibu bersalin, dan ibu nifas dari keluarga miskin, yaitu mereka yang termasuk keluarga pra sejahtera dan keluarga sejahtera I yang ditetapkan oleh tim desa.

Karena berkepanjangannya masa krisis moneter maka sasaran yang digarap untuk tahun-tahun berikutnya adalah kelompok keluarga sejahtera II ke atas sebagai komplemen dari program JPS-BK. Dengan dilakukannya 2 program sekaligus (JPS-BK dan Pembiayaan Ibu hamil dan Ibu Bersalin dengan cara iuran / penggalan dana dari masyarakat) diharapkan dampak buruk terhadap status kesehatan ibu akan dapat diatasi, yang akhirnya dapat berkontribusi dalam upaya penurunan angka kematian ibu (AKI).

## 5 Simpulan

Dari hasil penelitian dan pembahasan di atas dapat disimpulkan sebagai berikut :

1. Dengan dilaksanakannya model pembiayaan ibu hamil dan ibu bersalin di 2 kecamatan di Lumajang (Tekung dan Candipuro), terdapat kenaikan proporsi cakupan persalinan oleh bidan dan penurunan proporsi cakupan persalinan oleh dukun yang cukup bermakna (masing-masing dengan  $p = 0,00714$  dan  $p = 0,00003$ ). Hal tersebut akan memperkuat bergesernya perubahan pola persalinan ke tenaga kesehatan apabila harapan semua ibu hamil menjadi peserta model dapat terwujud. Di lain pihak perubahan proporsi persalinan tidak bermakna yang terjadi di kecamatan Gucialit kabupaten Lumajang ( $p = 0,19991$ ). Demikian pula untuk 3 kecamatan Arjasa, Panji, dan Jatibanteng di kabupaten Situbondo, kenaikan proporsi cakupan persalinan oleh bidan dan penurunan proporsi cakupan persalinan oleh dukun tidak bermakna, berturut-turut dengan  $p = 1,000$  di Arjasa,  $p = 0,30003$  di Panji, dan  $p = 0,58745$  di Jatibanteng.

2. Kenaikan proporsi persalinan dengan pendampingan di Tekung (13,3%) selama pelaksanaan intervensi model merupakan kenaikan yang bermakna ( $p = 0,00016$ ) dan ada kecenderungan persalinan mengarah ke pendampingan. Sedangkan penurunan yang terjadi di Candipuro sebesar 13,7% (dengan model Pemberdayaan Dukun) juga bermakna ( $p = 0,00195$ ) yang berakibat persalinan cenderung mengarah ke bidan. Di kecamatan Panji, Arjasa, dan Jatibanteng kabupaten Situbondo kenaikan dan penurunan proporsi persalinan dengan pendampingan semuanya tidak bermakna ( $p > 0,05$ ), demikian juga di kecamatan Gucialit kabupaten Lumajang kenaikannya tidak bermakna.
3. Penyebarluasan informasi model pembiayaan ibu hamil dan ibu bersalin perlu ditingkatkan lagi (baru mencapai 35,5%). Agar mencapai sasarnya, kegiatan ini perlu dukungan dari lintas sektor yang terkait dan tidak hanya membebankan pada bidan di desa saja yang mendominasi menyebarkan informasi tersebut.
4. a). Faktor-faktor yang mendorong pelaksanaan intervensi model :
  - Pemberian dana penyangga memberikan motivasi aparat pemerintah dan pihak terkait di tingkat desa dalam melaksanakan model di wilayahnya.
  - Telah ada model yang disepakati untuk dilakukan di daerah dengan beberapa modifikasi model yang sudah ada.
  - Bidan di desa mau bekerjasama meskipun dengan biaya persalinan yang rendah.
- b). Faktor-faktor yang menghambat pelaksanaan intervensi model:
  - Penggantian Kepala Desa mengakibatkan diulangnya proses sosialisasi model ini.
  - Dukungan lintas sektor dalam sosialisasi model pembiayaan ibu hamil dan ibu bersalin ke masyarakat masih perlu ditingkatkan.
  - Krisis yang berkepanjangan sangat berpengaruh terhadap pengumpulan dana dari masyarakat yang masih memprioritaskan kebutuhan pokok sehari-

hari, dan pengumpul dana memerlukan honorarium.

Pelayanan kesehatan yang diberikan pada pelaksanaan intervensi model ini masih bersifat umum, belum dikhususkan untuk ibu hamil dan ibu bersalin saja.

- Dengan dilaksanakannya program JPS-BK akan mempengaruhi minat masyarakat untuk menjadi peserta model pembiayaan ibu hamil dan ibu bersalin dengan penggalan dana dari masyarakat.

## Saran

1. Dengan dilaksanakannya program JPS-BK yang memberikan pelayanan kepada ibu hamil dan ibu bersalin bebas biaya bagi mereka yang termasuk keluarga pra sejahtera dan keluarga sejahtera I, maka penelitian ini dapat dilanjutkan dengan sasaran keluarga sejahtera II ke atas dalam rangka melengkapi alternatif upaya penurunan Angka Kematian Ibu (AKI).
2. Perlu dilakukan penelitian lanjutan yang mengungkap belum meratanya jangkauan

kepesertaan model pembiayaan ibu hamil dan ibu bersalin ini, meskipun iuran yang mereka bayar dirasakan tidak terlalu berat dan dalam pelaksanaannya juga didukung dengan dana penyangga, bahkan dari mereka yang sudah menjadi peserta masih ada yang bersalin ke dukun.

## Kepustakaan

1. Budiarto, Wasis & Soemartono, 1991  
*Penelitian Pengkajian Pola Pelayanan Kesehatan Dalam Rangka Pengembangan DUKM di Pedesaan*, Puslitbang Pelayanan Kesehatan Surabaya.
2. Depkes RI, 1998 / 1999.  
*Pedoman Pelaksanaan Program Jaring Perlindungan Sosial Bidang Kesehatan (Social Protection Sector Development Programme)*.
3. Dinas Kesehatan Daerah Propinsi Dati I Jawa Timur, Seksi KIA dan KB Sub Dinas Bina Kesga, 1996.  
*Evaluasi Kinerja Bidan di Desa Propinsi Jawa Timur Tahun 1996*.

Financing Model (System Reward) Tahap II (Sarwanto et al)

4. Djaja, Sarimawar; Agustina Lubis, Anwar Musadad, Ratna L. Budiarmo, 1996  
*Pelayanan Kesehatan Dan Faktor Biologis Ibu Yang Mempengaruhi Kematian Bayi Pada SKRT 1992.*
5. Ghufroon Mukti, Ali, Abdul Wahap, Mohammad Hakimi, 1996.  
*Pemanfaatan Pelayanan Bidan Desa dalam pemeriksaan Kehamilan di Kabupaten Purworejo, Medika No.7 Tahun XXII, Juli 1996.*
6. Istiarti, Tinuk, 1996.  
*Pemanfaatan Tenaga Bidan di Desa, Pusat Penelitian Kependudukan Universitas Gadjah Mada Yogyakarta.*
7. Kabupaten Dati II Malang, 1996.
8. \_\_\_\_\_  
*Laporan Gerakan Sayang Ibu Periode Januari s/d September 1996.*
9. Ranuh, IGM Brata, 1986  
*Perkembangan BPD PK Sebagai Landasan Pelaksanaan Perum Husada Bhakti, Seminar Pengembangan Sistem DUKM Bagi Tenaga Kerja, Jakarta 11-12 Agustus.*
10. Smith, B. Abel, 1984.  
*Health Sector Financing in Indonesia.*
11. Soemartono, 1993  
*Pedoman dan Petunjuk Penyelenggaraan Program JPKM Koperasi Sebagai Hasil Penelitian Penerapan Paket.*